

Die Behandlung der Analfissur

von
Karl Soß
aus
Walderbach

1973 № 415



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548407_0053

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Prof. Dr. med. G. Hegemann)

Die Behandlung der Analfissur



Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Karl Soß

aus

Walderbach

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät der
Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. L. Demling

Referent: Priv.-Doz. Dr. K. Arnold

Korreferent: Prof. Dr. G. Hegemann

Tag der mündlichen Prüfung: 7. August 1973

Die Behandlung der Analfissur

Eine vergleichende Darstellung der verschiedenen angewandten Methoden anhand des Krankengutes der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg zwischen 1966 und 1971

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit

Herrn Professor Dr. G. Hegemann danke ich hiermit
herzlich für die Überlassung des Themas.

Besonderen Dank möchte ich Herrn Priv.-Doz. Dr. K.
Arnold aussprechen, der mich bei der Durchführung
der Arbeit stets mit wertvollem Rat und freundlicher
Hilfe unterstützt hat.

GLIEDERUNG

Die Behandlung der Analfissur

=====

Eine vergleichende Darstellung der verschiedenen angewandten Methoden anhand des Krankengutes der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg zwischen 1966 und 1971

	Seite
I) Einleitung	1
1. Definition der Analfissur	
2. Genese der Analfissur	
3. Typen der Analfissur	
4. Differentialdiagnosen zur Analfissur	
II) Methodik	4
Kriterien für die Auswertung der Krankenblätter	
III) Ergebnisse	5
1. Beschwerden unserer Patienten	
2. Aufschlüsselung der Analfissuren nach Typen und Lokalisation	
3. Therapie	
a) Dilatator-Behandlung mit Ergebnissen	
b) Digitale Sphinkterdehnung mit Ergebnissen	
c) Exzision der Fissur mit Sphinkterotomie und Ergebnisse	
d) Laterale Sphinkterotomie mit Ergebnissen	
IV) Diskussion der Ergebnisse	13
1. Vergleichende Wertung der vier Methoden	
2. Regeln für die Therapie der Analfissur	
V) Zusammenfassung	16
VI) Literaturverzeichnis	17

Die Behandlung der Analfissur

=====

Eine vergleichende Darstellung der verschiedenen angewandten Methoden anhand des Krankengutes der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg zwischen 1966 und 1971

EINLEITUNG

In der vorliegenden Arbeit sollen die vier Methoden, die bei der Behandlung der Analfissur Anwendung finden, auf ihre Wirksamkeit untersucht werden. Als Kriterien gelten dabei Behandlungserfolg, Behandlungsdauer und Rezidivhäufigkeit.

Als Analfissur bezeichnet man einen länglichen oder ovalen Schleimhautdefekt radiär im unteren analen Kanal.

Die Diskussion über die Entstehung einer Fissur ist bis heute noch nicht abgeschlossen. Noch immer werden harter Stuhl, Fremdkörper oder Traumen als Ursachen angegeben. Eine subcutane infizierte Thrombose, über welcher das Anoderm geschwürig zerfällt oder ein Kryptenabszess kommen ebenfalls als Ausgangspunkt in Frage.

Im akuten Stadium sind die Ränder der geschwürsartigen Fissur glatt, sauber und weich. Der Grund ist seicht, elastisch und von rötlicher Farbe. Die chron. Fissur hingegen,

die sich aus der frischen entwickelt, hat unregelmäßige weißliche Begrenzungen und ist oft seitlich unterminiert. Der tiefgraue Fissurgrund fühlt sich derb an; dort sieht man die querverlaufenden Faserzüge des distalen Musc. sph. int. deutlich.

Kompliziert wird die ältere Fissur oft durch eine ödematöse Anschwellung der Haut am distalen Ende, die Vorpostenfalte; sie entsteht durch die Blockierung oberflächlicher Lymphgefäße. Ein zweites, nicht seltenes Charakteristikum der chron. Fissur ist die hypertrophe Papille am proximalen Ende. Dabei macht die benachbarte Analpapille Ödem, Fibrosierung und schließlich Hypertrophie durch. Die Erweiterung der betroffenen Papille kann ein solches Ausmaß annehmen, daß sie einen beträchtlichen "Polypen" bildet und aus dem Anus prolabierte.

Die typische Fissur tritt solitär auf. Zu einem sehr hohen Prozentsatz liegt sie in der Hinterwand des analen Kanals. Charakteristisch für die akute wie die chron. Fissur ist der brennende oder stechende Schmerz bei und nach dem Stuhlgang. Bei der Defäkation wird der anale Kanal gedehnt und die Ränder des Geschwürs gespreizt. Dadurch entstehen an den dort freiliegenden Enden zahlreicher Anteile der Nn. rectt. inff. schmerzhafte Afferenzen, die umgekehrt motorische Impulse zum äußeren und vor allem zum inneren Sphink-

ter hervorrufen. Die Sphinkteren geraten dadurch in einen Kramp fzustand, der so lange andauert, bis die Muskulatur ermüdet (4). Dann erst läßt der Schmerz nach bis zum nächsten Stuhlgang.

Einige Krankheitsbilder der analen Region müssen differentialdiagnostisch gegen eine Fissur abgegrenzt werden:

Das Epitheliom ist von harter Konsistenz, die Ränder sind blaßrosaviolett, unregelmäßig konturiert und verdickt; manchmal sind jedoch als differentialdiagnostische Unterscheidungsmerkmale knotenförmige Gebilde tastbar. Eine sichere Diagnose kann jedoch erst eine Probeexzision mit mikroskopischer Untersuchung liefern.

Ein Geschwür tuberkulösen Ursprungs liegt meist weiter oben im analen Kanal und häufig lateral. Die Geschwürsränder sind blaßrosa und unterminiert; der Grund ist rauh, ungleichmäßig und mit gelben Tuberkeln gesprenkelt.

Das syphilitische Geschwür liegt ebenfalls häufig lateral. Es ist muldenförmig und im Unterschied zur Fissur nicht oder kaum schmerzempfindlich, von gräulicher Farbe und manchmal mit eitrigem Exsudat belegt.

METHODIK

Aus dem Gesamtverzeichnis der Patienten der Proktologie der Chir. Universitätsklinik zwischen 1966 und 1971 wurden insgesamt die Krankenblätter von 269 Personen (127 Frauen und 142 Männer) nach folgenden Gesichtspunkten ausgewertet:

1. Alter und Geschlecht der Patienten
2. Angaben der Patienten über ihre Beschwerden
3. Lokalisation der Fissur
4. Typ der Fissur, evt. Vorpostenfalte oder hypertrophe Papille
5. Behandlungsmethode
6. Bei operativer Therapie: Wo wurde die Operation durchgeführt?
7. Anästhesieform
8. Heilungsverlauf und Komplikationen
9. Heildauer in Wochen
10. Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Tagen
11. Rezidive

ERGEBNISSE

Beschwerden

Unsere Patienten kamen zum größten Teil wegen Schmerzen und Brennen bei der Defäkation in die Sprechstunde, und zwar in 221 Fällen; über Blutabgang berichteten 169 Personen. Viele kamen wegen lange bestehender sog. "Hämorrhoiden", die sich bei der Untersuchung als Fissuren erwiesen.

Einteilung der Fissuren

Bei 86 Patienten befand sich die Fissur im akuten Stadium, bei den restlichen 183 lag bereits ein chron. Stadium vor. Von diesen 183 wiesen 72 Fälle zusätzlich eine Vorpostenfalte, 27 zusätzlich eine hypertrophe Papille auf, und 39 zeigten das Vollbild einer chron. Fissur mit beiden Phänomenen gleichzeitig.

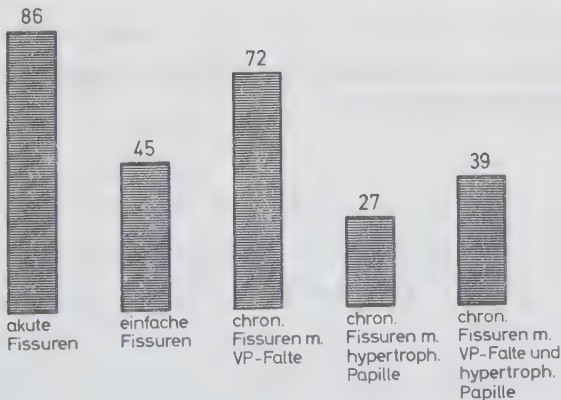


Abb. 1 Aufschlüsselung der Analfissuren nach Alter und Ausdehnung bei 269 Patienten

In 226 Fällen lag die Fissur an typischer Stelle in der hinteren Kommissur, 31 mal (11,5 %) wurde eine anteriore Fissur gefunden, davon der weitaus größte Teil mit 22 bei Frauen; 7 Patienten wiesen multiple Fissuren auf und bei 6 Personen lag die Fissur lateral.

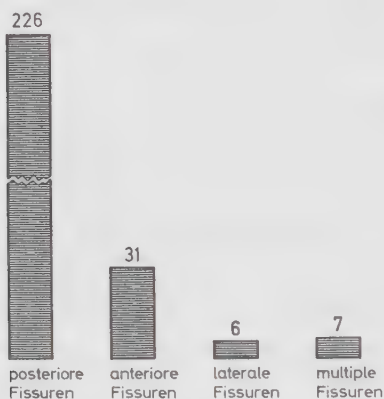


Abb. 2 Aufgliederung unserer 269 Analfissuren nach deren Lokalisation und Anzahl

THERAPIE

a) Dilatator-Behandlung

In 131 Fällen wurde eine Dilatator-Behandlung durchgeführt. Die Patienten erhielten in der Sprechstunde Metall- oder Glasdilatatoren verschiedenen Durchmessers und wurden angehalten, 2-3 Mal am Tag warme Sitzbäder zu machen und dabei den Dilatator 1-2 Minuten lang einzulegen. Außerdem sollten sie für geformten Stuhl sorgen.

Bei 93 Patienten war diese Therapie ausreichend. Die Dauer der Heilung betrug hier im Durchschnitt 5,1 Wochen.

In 38 Fällen blieb diese milde Dehnungsbehandlung erfolglos, so daß anschließend eine Operation indiziert war. Bei etwa der Hälfte der Fälle entschloß man sich schon nach 2-3 Wochen zu einem chirurg. Eingriff.

Nachdem die Fissur durch Dilatator-Behandlung bereits verheilt war, traten in 4 Fällen nach 3, 6, 11 und 12 Monaten Rezidive auf, die ebenfalls eine Operation erforderten.

b) Digitale Sphinkterdehnung

Eine in früheren Jahren häufig angewandte, jetzt aber bei uns fast ganz verlassene Methode ist die digitale Sphinkterdehnung. Der Patient liegt in Steinschnitt- oder linker Seitenlage. Der Operateur führt den behandschuhten rechten Zei-

gefingern mit einem wasserlöslichen Gleitmittel in den Anus bis zur Anorektallinie ein. Damit übt er einen kräftigen Druck gegen die Wand des analen Kanals aus, der Finger beschreibt dabei eine kreisende Bewegung. Nach Möglichkeit wird mit einem zusätzlichen zweiten und dritten Finger der Grad der Dehnung noch verstärkt.

Insgesamt 22 Patienten (8,2 %) unseres gesamten Krankengutes wurden auf diese Weise behandelt. Dieser Eingriff wurde immer ambulant durchgeführt. Dabei wurde in 17 Fällen eine Lokalanästhesie, bei 5 Patienten eine Allgemeinnarkose angewendet.

16 Patienten waren unmittelbar nach dem Eingriff oder kurz danach beschwerdefrei, nur einer klagte weiterhin über starke Schmerzen, die erst allmählich verschwanden. Die Heildauer lag hierbei zwischen 2 und 16 Wochen mit einer mittleren Dauer von 6,4 Wochen.

In 4 Fällen führte die Dehnung nicht zum Erfolg, es war eine anschließende Exzision der Fissur notwendig. Bei einem Patienten blieb die digitale Dehnung ohne Erfolg, weil ein intersphinkterischer Abszess als Fissur verkannt worden war.

Rezidive und Inkontinenzen nach digitaler Dilatation wurden nicht beobachtet.

c) Exzision der Fissur mit Sphinkterotomie

Die bei uns am häufigsten angewandte Methode ist mit 127 Fällen die Exzision der Fissur mit Sphinkterotomie, die von GOODSALL und EISENHAMMER entwickelt wurde. Der Operateur stellt beim anästhesierten Patienten die Fissur mit einem Analsperrerr ein. Wenn wegen der Schmerzhaftigkeit des Geschwürs eine vollständige Untersuchung mit Endoskopie nicht möglich war, sollte dies jetzt nachgeholt werden. Dann zeichnet sich der Operateur die dreiecksförmige Exzisionslinie an, deren Spitze nach innen zeigt und die die eventuell vorhandene Vorpostenfalte und hypertrophe Papille mit einschließt; die Basis liegt dabei 2 cm distal der Vorpostenfalte, die Seitenlinien sind 0,5 cm von den Fissurrändern entfernt. Dieser markierte Teil des Anoderms wird vom darunterliegenden Gewebe abgetrennt.

Im Wundgrund sieht man dann nach sorgfältiger Blutstillung den distalen Rand des Musc. sph. int. als querverlaufenden, weißen Saum. Dieser Muskel wird vom intersphinkterischen Raum her auf 1,5 - 2 cm unterminiert und freipräpariert und dann auf dieser Länge, d. h. bis knapp oberhalb der Dentatalinie, radiär durchtrennt. Nach Herausnahme des Analsperrers klappt der untere anale Kanal beim Spreizen.

35 Patienten wurden zur Durchführung des Eingriffes stationär aufgenommen, bei den restlichen 92 wurde die Operation ambulant durchgeführt. Siebzigmal operierten wir in

Vollnarkose, bei 57 Patienten in Lokal- und Leitungsanästhesie.

Bei 119 (94 %) von insgesamt 127 Patienten verlief die Heilung ohne Komplikationen. Die mittlere Dauer der Heilung betrug 6,4 Wochen (zwischen 2 und 20 Wochen). Im Durchschnitt waren die Patienten 16 Tage arbeitsunfähig.

In 7 Fällen gestaltete sich der Heilungsverlauf kompliziert. Bei 2 Patienten wurden nach der Operation Fisteln entdeckt, bei zweien Abszesse, zweimal mußte mehrmals hintereinander operiert werden und in einem Fall war die Fissur erst nach 18 Monaten post operationem verheilt.

In 13 Fällen (ca. 10 %) traten Rezidive auf, die eine erneute Behandlung erforderlich machten.

d) Laterale Sphinkterotomie

1970 wurde bei uns eine neue Methode, die "Laterale Sphinkterotomie" nach PARKS eingeführt und bis 1971 an 31 Patienten vorgenommen. Sie kann ambulant durchgeführt werden, nur 2 Patienten wurden dazu stationär aufgenommen. Meistens wurde in Allgemeinnarkose operiert, viermal in Lokal- und Leitungsanästhesie.

Der Patient wird in Steinschnittlage auf den Operationstisch gelagert. Mittels des selbsthaltenden Analsperrers wird die linke Zirkumferenz des analen Kanals eingestellt (Abb. 3/1).

Von der ano-cutanen Linie bei 3 Uhr werden bis 10 ml Adrenalin-NaCl-Lösung 1:200 000 unter das Anoderm in den submukösen Raum auf die Dentatalinie zu infiltriert, weitere ca. 10 ml werden in den intersphinkterischen Raum, d.h. zwischen M. sph. int. und M. sph. ext. gespritzt. Dann legt man an der ano-cutanen Grenze bei 3 Uhr einen ca. 15 mm langen zirkulären Hautschnitt (Abb. 3/2) und der Assistent faßt den Anodermklappen mit einer scharfen Klemme und hält ihn zur kontralateralen Seite hin. Vom submukösen Raum her wird der M. sph. int. bis in die Höhe der Dentatalinie und evt. noch 5 mm höher freipräpariert, dann vom intersphinkterischen Raum her. Der freigelegte Muskel wird dann sicher bis oberhalb der Dentatalinie durchtrennt und eine sorgfältige Blutstillung vorgenommen (Abb. 3/3). Jetzt tastet man vom analen Kanal her eine deutliche Mulde an der Stelle des durchschnittenen und retrahierten Internusmuskels. Erst bei völlig trockener Wunde wird die Inzision mit 3-4 Chrom-Catgut-Nähten verschlossen (Abb. 3/4).

Bei 30 Patienten gestaltete sich der Heilungsverlauf völlig komplikationsfrei, nur bei einer Patientin bildete sich nach 2 Wochen eine Fistel, die die Fissurheilung verzögerte. Durchschnittlich wurde bei dieser Methode nach 4 Wochen die Behandlung abgeschlossen. Dabei betrug die Zeit der Arbeitsunfähigkeit im Mittel 12 Tage.

Nach bereits erfolgter Wundheilung trat bei dieser Methode in einem Fall nach 11 Monaten ein Rezidiv auf.

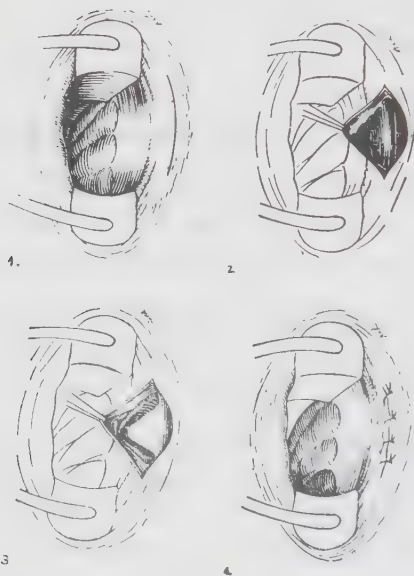


Abb. 3 Darstellung des operativen Vorgehens bei der lateralen Sphinkterotomie in 4 Bildern. Beschreibung siehe Text

DISKUSSION

In direktem Nebeneinander besticht die laterale Sphinkterotomie gegenüber der EISENHAMMER-Methode durch die rasche Schmerzfreiheit und die statistisch gesicherte kürzere Heilungsdauer.

Der schnelle Erfolg der lateralen Sphinkterotomie beruht auf der ausreichenden Sphinkterdurchtrennung fern der Fissur: die Operationswunde selbst liegt im gesunden, gut durchbluteten Gewebe und heilt im Laufe einer Woche. Ihre Nachteile gegenüber der EISENHAMMER-Methode liegen in der relativ diffizilen Präparation. Wird der Anodermklappen perforiert, muß die subanodermale laterale Sphinkterotomie in eine offene verwandelt werden; der Operationserfolg bleibt gewahrt aber die besondere Schmerzfreiheit dieses Verfahrens geht verloren. Zugleich muß bei der Präparation eine sehr saubere Blutstillung vorgenommen werden, sonst breitet sich ein Hämatom im Fettgewebe der Nates aus.

Selbstverständlich muß bei jeder Induration unter der Fissur diese nach den Angaben EISENHAMMERS excidiert werden; häufiger als angenommen unterhalten intersphinkterische oder Krypten-Abszesse eine sogenannte chronische Fissur. Ein Fehler bei dieser Operation ist die zu flache Sphinkterotomie vom Fissurgrund aus. Eine sichere Sphinkterotomie ist nur möglich, wenn der Musculus sphinkter internus auch zum inter-

sphinkterischen Raum hin freipräpariert ist. Eine unzureichende Excision eines Hautareals nach außen zur Drainage verzögert die Abheilung und verlängert die ohnehin schon lange Heilungsdauer bei der EISENHAMMER-Operation.

Von der Sphinkterdehnung sind wir völlig abgekommen. Im Gegensatz zur Sphinkterotomie, die unter Sicht des Auges nach der jeweiligen Situation im Ausmaß modifiziert werden kann, ist die Dehnung ein "blindes" Verfahren. Der Grad der muskulären Relaxation und das Temperament der Operateurs sind Variable, welche den Erfolg des Eingriffs zwischen ungenügender Dehnung und Schädigung durch Zerreißung beeinträchtigen können.

Die Nachbehandlung bei allen Methoden besteht in Sitzbädern in handwarmem Wasser mit oder ohne Zusätze. Außerdem muß der Patient vom Laxantiengebrauch entwöhnt werden. Die normalgeformte Stuhlsäule wirkt als täglicher physiologischer Dilatator für den analen Kanal.

Äußere Inspektion, Palpation und Proktoskopie vermitteln dem Untersucher ein klares Bild über das Alter und die Ausdehnung einer Analfissur. In den letzten Jahren haben wir folgende Gruppierungen und Therapieregeln daraus entwickelt:

1. Nur die frische Fissur sollte zunächst mit einem Dilatator behandelt werden; heilt die Fissur damit nicht in zwei bis drei Wochen aus, muß man operieren, eine laterale Sphinkterotomie ist die Therapie der Wahl.

2. Handelt es sich um eine ältere Fissur mit vernarbten Rändern und narbig veränderten Inter-nusfasern, die am Fissurgrund freiliegen, empfiehlt sich ebenfalls die laterale Sphinkterotomie, falls unter der Fissur sicher keine Induration getastet werden kann.
3. Besteht das Vollbild der Fissur mit hypertropher Papille innen, vernarbtem Fissurrand und Vorpostenfalte außen oder tastet man eine Verhärtung unter dem Afterriß, so muß die EISENHAMMER'sche Operation mit Excision des gesamten Fissurbereiches vorgenommen werden.

Nach unserem Einteilungsschema konkurrieren die Behandlungsmethoden nicht mehr miteinander, sondern sind genau definierten Diagnosen zugeordnet. Dadurch haben sich unsere Ergebnisse in den letzten Jahren deutlich verbessert und Rezidive sind selten geworden.

ZUSAMMENFASSUNG

An Hand der Krankenblätter von 269 Patienten, die zwischen 1966 und 1971 in der Proktologie der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg mit einer Analfissur behandelt worden waren, wurden die vier Methoden, die bei ihrer Behandlung Anwendung fanden, auf ihre Wirksamkeit untersucht. Als Kriterien galten dabei Behandlungsdauer, Dauer der Arbeitsunfähigkeit und Rezidivhäufigkeit.

Dabei beeindruckt die laterale Sphinkterotomie durch die rasche Schmerzfreiheit und die wesentlich kürzere Heildauer gegenüber der EISENHAMMER-Exzision. Die Sphinkterdehnung wurde in den letzten Jahren immer mehr verlassen.

Wir konnten danach die Behandlungsmethoden genau definierten Diagnosen zuordnen und so feste Therapieregeln entwickeln:

1. Nur bei der frischen Fissur sollte ein Versuch mit einer Dilatatorbehandlung gemacht werden, ansonsten ist hier wie bei der älteren Fissur ohne Induration die laterale Sphinkterotomie die Therapie der Wahl.
2. Beim Vollbild der Fissur mit hypertropher Papille und Vorpostenfalte ist die EISENHAMMER'sche Operation angezeigt.

LITERATURVERZEICHNIS

1. BACON, H.E., ROSS, T. STUART, P.M. RECIO: Proctology, J.B. Lippincott Company, Philadelphia 1956
2. GOLIGHER, J.C.: An Evaluation of Internal Sphincterotomy and simple Sphincter-Stretching in the Treatment of Fissure in Ano, Surg. Clin. N. Amer. 45, 1299 - 1304 (1965)
3. HARDY, K.J., A.M. CUTHBERTSON: Lateral Sphincterotomy, an Appraisal with Special Reference to Sequelae, Surg. Clin. N. Amer. 39, 91 - 93 (1969)
4. NESSELROD, J.: Clinical Proctology, W.B. Saunders Company, Philadelphia and London, 1964
5. ROSEAU, E.: Incision du sphincter interne ou dilatation anale dans le traitement des fissures anales, Valeur Comparée des deux méthodes, Presse med. 74, 677, 1966
6. SACHS, L.: Statistische Auswertungsmethoden, Springer-Verlag Berlin 1969
7. TURELL, R.: Diseases of the Colon and Anorectum, W. B. Saunders Company, Philadelphia 1969
8. VANTRAPPEN, G., C. GOETHALS and H. HENDRICKX: Treatment of Complicated Anal Fissures by Sclerosing Injektions and Fissurectomy, Dis. of Colon and Rectum, 10, 365 - 368, (1967)

LEBENS LAUF

Ich wurde am 1. 8. 1947 in Walderbach als erstes Kind der Stukkateurseheleute Karl und Juliane Soß, geb. Frankl, geboren. Am 2. 9. 1953 trat ich in die Volksschule Walderbach ein und wechselte am 3. 9. 1958 in das Regentalgymnasium Nittenau über. Dieses besuchte ich neun Jahre und legte dann am 23. 7. 1967 die Reifeprüfung ab. Am 17. 10. 1967 immatrikulierte ich mich an der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg. Die ärztliche Vorprüfung legte ich am 27. 2. 1970 ab, das Staatsexamen bestand ich am 1.8.1973.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hög, 8520 Erlangen Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990